

ENFERMERÍA PENITENCIARIA: SITUACIÓN ACTUAL

CORRECTIONAL NURSING: CURRENT SITUATION

Autora: Iballa González Presencio
Directora: Blanca Torres Manrique
Curso Académico 2018-2019
Grado en Enfermería

AVISO DE RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
1.1. ABSTRACT.....	1
2. INTRODUCCIÓN	2
2.1. OBJETIVOS.....	4
2.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	4
2.3. DESCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS	5
3. HISTORIA DE LA SANIDAD Y ENFERMERÍA PENITENCIARIA	6
3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	6
3.2. SANIDAD PENITENCIARIA EN DISTINTOS PAÍSES	7
3.3. INTEGRACIÓN DE LA SANIDAD PENITENCIARIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	11
4. LEGISLACIÓN Y ACCESO A LA PLAZA DEL CUERPO DE ENFERMEROS DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS	13
4.1. MARCO LEGAL.....	13
4.1.1.CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA	13
4.1.2. LEY ORGÁNICA 1/1979 DE 26 DE SEPTIEMBRE GENERAL PENITENCIARIA	13
4.1.3. REGLAMENTO PENITENCIARIO	14
4.1.4. LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	15
4.2. ACCESO A LAS PLAZAS DE ENFERMERÍA PENITENCIARIA	16
5. LA ENFERMERA EN EL MEDIO PENITENCIARIO.....	18
5.1. PERFIL DE LA ENFERMERA PENITENCIARIA	18
5.2. FUNCIONES DE LA ENFERMERA PENITENCIARIA	18
5.2.1. FUNCIÓN ASISTENCIAL.....	18
5.2.2. FUNCIÓN INVESTIGADORA	20
5.2.3. FUNCIÓN DOCENTE.....	20
5.2.4. FUNCIÓN GESTORA	22
5.3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN RECLUSA	22
6. REFLEXIONES.....	25
7. BIBLIOGRAFÍA	26

GLOSARIO DE SIGLAS

- **AP:** Atención Primaria.
- **ATS:** Ayudante Técnico Sanitario.
- **BOE:** Boletín Oficial del Estado.
- **DeCS:** Descriptores en Ciencias de la Salud.
- **EEUU:** Estados Unidos.
- **EpS:** Educación para la Salud.
- **GESESP:** Grupo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.
- **IIPP:** Instituciones Penitenciarias.
- **LOGP:** Ley Orgánica General Penitenciaria.
- **MESH:** Medican Subject Headings.
- **NLM:** National Library of Medicine.
- **ONG:** Organización No Gubernamental.
- **RESP:** Revista Española de Sanidad Penitenciaria.
- **SESP:** Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.
- **SGIP:** Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- **SNS:** Sistema Nacional de Salud.
- **SP:** Sanidad Penitenciaria.
- **VHA:** Virus Hepatitis A.
- **VHB:** Virus Hepatitis B.
- **VIH:** Virus de la inmunodeficiencia humana.

1. RESUMEN

La enfermería en el ámbito penitenciario se caracteriza por brindar cuidados a una población que posee unas características específicas, en un contexto de privación de libertad, alta prevalencia de enfermedades infecciosas y drogodependencias. Esta prestación de cuidados la llevan a cabo a través de cuatro funciones: asistencial, investigadora, gestora y docente; dentro de las cuales destaca la labor que realizan en el área de Educación para la Salud. Asimismo, la enfermería y la sanidad penitenciaria se encuentran reguladas por una normativa que no ha sufrido ninguna modificación y actualización, manteniendo vigentes unas funciones y competencias relativas a los profesionales de enfermería, que se alejan de la realidad asistencial.

El proceso de acceso al Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias se realiza a través de una prueba de oposición, dividida en dos fases. La primera de ellas teórica y la segunda correspondiente al periodo de prácticas. Esta rama de la enfermería cuenta con poco reconocimiento, careciendo de una formación tanto en escuelas universitarias, como a nivel postgrado, que capacite a los enfermeros para prestar cuidados de calidad a esta población. El objetivo de esta monografía es analizar la situación actual y la realidad asistencial de la enfermería en el ámbito penitenciario.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, prisiones, legislación, cuidados de enfermería.

1.1 ABSTRACT

Nursing in prisons is characterized by providing care to a population that has specific characteristics, in a context of deprivation of liberty, high prevalence of infectious diseases and drug dependence. This provision of care is carried out through four functions: assistance, research, management and teaching, among which the work carried out in the area of Health Education stands out. Likewise, nursing and penitentiary health are regulated by laws that haven't undergone any modification and updating, maintaining in force some functions and competencies related to nursing professionals, which are far from the reality of care.

The process of access to the Corps of Nurses of Penitentiary Institutions is carried out through an opposition test, divided into two phases. The first one is theoretical and the second one corresponds to the internship. This branch of nursing has little recognition, lacking training both in university schools and at the postgraduate level, which trains nurses to provide quality care to this population. The aim of this monograph is to analyse the current situation and the reality of nursing care in prisons.

KEYWORDS: Nursing, prisons, legislation, prisoners, nursing care.

2. INTRODUCCIÓN

Desde la Edad Media hasta el siglo XIX, los médicos que atendían a los reclusos penitenciarios tenían dos funciones principales. Por un lado, examinar su salud con el objetivo de comprobar su resistencia a la tortura, y de ese modo evitar que falleciera el convicto, antes de ser juzgado. Y, por otra parte, atender a aquellos individuos que habían sido torturados y que requerían de asistencia sanitaria, antes de continuar con dicha tortura(1).

Con respecto a la historia de la Enfermería Penitenciaria española, ésta se remonta a los siglos XVI y XVII. No obstante, el término de *“Sanidad Penitenciaria”* no emergió en España hasta el siglo XIX. Y dicho concepto fue utilizado para definir *“toda actividad promovida desde la prisión para la prevención y restauración de la salud de las personas reclusas”*(2,3).

Sabedor de la escasa formación que poseían los enfermeros durante aquella época, además de las carencias existentes en los hospitales, en 1568, Benardino de Obregón decidió fundar la *“Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres”*, cuya principal función era la de asistir a los enfermos pobres y reclusos penitenciarios. Esto supuso una gran contribución a la modernización de la enfermería española, teniendo, a su vez, una gran repercusión a nivel mundial(4,5).

Hasta mitad del siglo XIX, los obregones divulgaron su manera de comprender la enfermería. Entendían y valoraban todos los factores que influenciaban al enfermo, entendiéndolo no solo desde un punto de vista biológico, sino contemplando los factores espirituales, sociales y psicológicos; con el objetivo de conocer mejor su estado y mejorarlo. De este modo, se superaron todas aquellas prácticas que se habían mantenido vigentes desde la Edad Media(6,7).

Uno de los obregones más destacados es Andrés Fernández, cuyo papel resultó ser de gran relevancia, debido a su recopilación en un manual titulado *“Instrucción de Enfermeros”* de un conjunto de tareas, conocimientos y técnicas que resultaron útiles para la formación no solo de todos aquellos profesionales enfermeros pertenecientes a su congregación, sino también de los restantes(8).

“Instrucción de Enfermeros” constituye uno de los primeros manuales del mundo que no solo fue realizado por un enfermero, sino que estaba encaminado a la formación de este gremio. En él se puede encontrar definidas las cuatro funciones básicas de la práctica enfermera: función asistencial, función investigadora, función docente y función gestora(8,9).

Dentro de la función asistencial se encuentran reunidos los cuidados generales referentes a la higiene, alimentación, administración de diferentes tratamientos; así como todos los cuidados específicos para las patologías habituales de esa época(8,9).

Con respecto a la función investigadora, se puede encontrar ésta a lo largo de toda su obra, pues el autor declara haber realizado experimentos con compuestos medicinales o haber ejecutado alguna técnica(8,9).

La función docente se contempla en el hecho de haber escrito este manual con el objetivo de formar a los futuros profesionales de enfermería *“y así me pareció cosa muy justa manifestar y enseñar a otros lo que tanto me costó en veinte y quatro años de experiencia, que con mis desconfianças aprendí de Médicos muy doctos y experimentados”*(8,9).

Y dentro de la función gestora destaca su preocupación por dejar por escrito todas las actividades realizadas, lo que hace referencia a los registros de enfermería de la actualidad, así como también el reparto de los enfermos en diferentes salas, dividiendo a los contagiosos de los no contagiosos, distribuyendo los recursos materiales y humanos, etc.(8,9).

La labor realizada por los profesionales de enfermería en este medio, ha ocupado siempre un papel secundario. El primer referente de Enfermería en prisiones lo encontramos en el año 1889, año en el que se publicó el Real Decreto de 11 de Noviembre de 1889, referente a la reorganización del Cuerpo de Empleados de Establecimientos Penales(10).

Sin embargo, La Constitución Española de 1978 supuso un verdadero giro para la organización y los objetivos del Sistema Penitenciario Español. En 1979 se aprobó la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de Septiembre, General Penitenciaria; aprobada y acordada entre todos los partidos políticos. Cabe destacar que esta fue la primera vez, en nuestro país, que el Sistema Penitenciario dejó de estar regido por un Reglamento, haciéndose cargo de ello una Ley Orgánica. Además, a lo largo de los años 90, la creciente expansión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como todas las consecuencias provocadas por esta infección a nivel de morbilidad, empujaron la modificación del sistema asistencial penitenciario, dejando atrás la idea autárquica en la dotación de los centros asistenciales propios del país(11,12).

En el año 1993, en la ciudad de León, tuvo lugar el primer Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Una de las principales conclusiones a las que se llegó en él, fue la necesidad de incorporar al Sistema Nacional de Salud (SNS) la Sanidad Penitenciaria (SP), bajo el pretexto de que la Sanidad Penitenciaria no debería de ser distinta o encontrarse aislada de la sanidad pública, pues es de ese lugar de donde proceden y acaban los internos penitenciarios, de ahí la insistencia en integrarla dentro de la organización sanitaria de cada comunidad autónoma. Esto fue lo que proclamó la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. A pesar de ello, en la actualidad, la SP continúa aislada del SNS(11,13,14).

En el año 1997, se creó la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP), con el fin de unificar la SP con toda la asistencia sanitaria que se proporciona en nuestro país(11).

De la SESP nació un grupo que buscaba continuar avanzando en la profesión de enfermería, investigando nuevas alternativas, dando a conocer el trabajo que realizan tanto dentro como fuera de las prisiones; con el fin de lograr una mejora de ésta. Su principal objetivo es que el colectivo de enfermería penitenciaria deje de encontrarse aislado de la sanidad pública. Y este grupo recibe el nombre de Grupo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (GESESP)(15).

La sociedad y las prisiones se encuentran estrechamente relacionadas, pues todos aquellos problemas de salud que se pueden encontrar en los pacientes reclusos tienen una clara repercusión en el resto de comunidad, así como ocurre en el caso contrario. Lo que significa que ambos medios deben de entenderse y relacionarse y, por lo tanto, la asistencia que se ofrece en los centros penitenciarios debe gozar de las mismas características y calidad que aquella que se ofrece en el resto de las instituciones públicas sanitarias. No obstante, pese a constituir un colectivo numeroso, los profesionales de enfermería dentro del medio penitenciario, continúan ocupando una posición secundaria en la práctica clínica, manteniendo cierto grado de aislamiento en el medio de salud, resultando poco conocidos incluso por el resto de profesionales sanitarios que ejercen su papel fuera de ese ámbito(2).

Además de esa ausencia de reconocimiento, las obligaciones que deben asumir estos profesionales son numerosas, aceptando el papel de un farmacéutico ante la falta de éste, preparando y repartiendo la medicación, asistiendo en las diferentes consultas de enfermería, así como realizando actividades de Educación para la Salud (EpS) que, dadas las características de la población a la que se atiende, cobran especial relevancia en este ámbito(16).

Todo ello, junto a la carencia de equipos disciplinares que faciliten la ejecución de cada una de sus responsabilidades, a la escasez de recursos materiales y profesionales, generan la existencia de una carga asistencial muy elevada. Esto queda reflejado en el ratio de reclusos por cada profesional de enfermería, que corresponde a 110(2,16).

Según Jesús García, integrante de la GESEP, los profesionales de enfermería dentro de las prisiones *“se podrían definir como los especialistas desconocidos por la sociedad, con unos medios técnicos y humanos limitados y con unos pacientes especiales, aunque sea únicamente lo que supone estar privado de libertad, sin atender al notable crecimiento de patología mental, drogodependencia o patologías infecto-contagiosas”* (17).

Por ello, la presente monografía se plantea con la finalidad de aumentar la visibilidad de la Enfermería Penitenciaria, dando a conocer la realidad a la que se encuentra ligada, en qué contexto se desarrolla, cuál es el tipo de población a la que asiste y cuáles son las funciones que desempeña.

2.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar la situación actual y la realidad asistencial de la enfermería en el ámbito penitenciario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el marco legal correspondiente a la Enfermería Penitenciaria.
- Exponer el sistema de acceso a la convocatoria de plazas de Enfermería Penitenciaria y la formación que se requiere para ello.
- Determinar las funciones de los profesionales de enfermería en las Instituciones Penitenciarias.

2.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para llevar a cabo esta monografía, se utilizaron las siguientes bases de datos en línea: Pubmed, Dialnet y Scielo. Además de las anteriores fuentes de consulta, también se realizó la búsqueda en dos libros especializados sobre Sanidad Penitenciaria, en las páginas web de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), del Ministerio del Interior y el Boletín Oficial del Estado (BOE), y se realizó una búsqueda en la Revista Española de Sanidad Penitenciaria (RESP) que, pese a no ser una base de datos como tal, constituye una fuente con información muy específica sobre este tema.

Para delimitar las palabras clave se utilizó el Thesaurus de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Y también se utilizó el Thesaurus desarrollado por la National Library of Medicine (NLM), denominado Medican Subject Headings (MeSH).

Los términos utilizados en la búsqueda bibliográfica fueron: enfermería, prisión, funciones, sanidad penitenciaria. Y la búsqueda se llevó a cabo utilizando el operador booleano “AND”.

Los filtros utilizados fueron: publicación en inglés y castellano, artículos de publicación libre o que se pueda acceder a ellos a través de la Biblioteca de la Universidad de Cantabria (BUC), artículos a los que se pueda acceder al texto completo.

Con respecto a las limitaciones halladas, a pesar de existir una gran cantidad de información referente a la SP, únicamente una pequeña parte de ella habla sobre la Enfermería como materia dentro de ese ámbito. Y, por otro lado, alguna de la bibliografía seleccionada tiene una antigüedad superior a los diez años, fecha que había establecido en un primer momento como límite de inclusión.

Durante la búsqueda se desecharon aquellos documentos que no poseían información relevante u oportuna con respecto al tema tratado, estimando como válidos documentos con distintos orígenes (documentos web, artículos) sin darle especial relevancia a su fecha de publicación.

En la base de datos Pubmed se hizo uso de 3 descriptores. Con el primero de ellos [(health) AND (prisons)] se hallaron 20 documentos, de los cuales no se seleccionó ninguno. Con el segundo descriptor [(prisons) AND (nursing)] se encontraron 8 documentos, de los cuales únicamente se seleccionó uno. Y, con el descriptor [(penitentiary health)] se encontraron 126 documentos, seleccionándose 4 documentos.

En la base de datos Dialnet, se utilizaron 2 descriptores. El primero [(enfermería) AND (prisiones)], dio como resultado 8 documentos, de entre los cuales se seleccionaron 3. Y con el segundo descriptor [(sanidad penitenciaria)] se encontraron 20 documentos, y se seleccionaron 2.

En la base de datos Scielo, se usaron 3 descriptores. Con el descriptor [(nursing) AND (prisons)], se encontraron 10 documentos, seleccionándose 5 de ellos. Con el descriptor [(health penitentiary)], se encontraron 20 documentos, de los que se seleccionaron 3. Y con el descriptor [(nursing) AND (prisons) AND (functions)], se hallaron 2 documentos, seleccionándose ambos.

En la RESP no se realizó la búsqueda a través de los descriptores relacionados con el ámbito penitenciario, por ser innecesarios, ya que cada uno de los artículos que acoge su sede web se encuentra relacionado con la SP. Por esa razón, en este caso, la búsqueda consistió en la lectura de cada uno de los títulos y resúmenes de los diferentes artículos y volúmenes, seleccionando aquellos que se consideraron oportunos para la realización de la revisión.

2.3 DESCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS

La presente monografía se encuentra dividida en tres capítulos.

En el primero de ellos se hablará acerca de la historia de la Enfermería Penitenciaria de manera más detallada, así como de las figuras más importantes que han intervenido en su reforma y evolución. También se hablará de la SP en distintos países, destacando las experiencias relevantes que han llevado a cabo algunos de ellos, las diferencias existentes entre países, así como de algunos de los problemas que presenta la sanidad penitenciaria española, sobre todo aquellos relacionados con la calidad asistencial. Además, se expondrá el tema de la integración de la SP en el SNS, indicando cuáles son las únicas comunidades autónomas que han realizado la transferencia de competencias.

En el segundo capítulo, se expondrá cuál es el marco legal y la normativa que engloba toda la SP, es decir, las leyes bajo las que está regulada. Y también se explicará cuál es el medio de acceso a las plazas de enfermería dentro de las Instituciones Penitenciarias (IIPP), explicando las diferentes fases de la oposición.

En el tercer capítulo se describirá el perfil de los profesionales de enfermería penitenciaria, así como cuáles son sus funciones dentro del medio penitenciario. Y, dentro de esas funciones, se hará especial hincapié en la Educación para la Salud, además de mencionarse algunos de los programas que se llevan a cabo. Del mismo modo, se detallarán las características más relevantes de la población penitenciaria, haciendo referencia a las características sociosanitarias, demográficas y socioeconómicas, así como a los problemas de salud más frecuentes y de mayor importancia.

3. HISTORIA DE LA SANIDAD Y ENFERMERÍA PENITENCIARIA

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Tal y como ya se ha mencionado, la historia de la Enfermería Penitenciaria, se remonta a los siglos XVI y XVII(2).

En lo referente a la reforma de la asistencia sanitaria en el ámbito penitenciario se pueden destacar varias figuras, como la de John Howard (1726-1790), que fue un filántropo británico que destinó su labor a estudiar los establecimientos carcelarios y hospitalarios de su época. Además, escribió el libro *“Hospitales y Lazaretos”*, gracias al cual logró emocionar, sobre la situación tanto de los reclusos en las cárceles como de los enfermos en los hospitales, a la opinión pública. Otra figura a destacar, es la de Elizabeth Fry (1780-1845), filantrópica británica que desarrolló numerosos informes acerca de la calidad de vida en las cárceles y los hospitales, visitando ambos establecimientos. En 1816 fundó la Maternal Society en Brighton, cuya tarea era la de ayudar a los reclusos de aquella época, debido a las malas condiciones en las que se hallaban dentro de las cárceles. Por otra parte, Dorothea Lynde Dix (1802-1887), realizó un informe en el que detallaba sus hallazgos acerca de las pésimas condiciones en las que se encontraban los enfermos mentales, reclusos junto a criminales sin criterios de distribución dentro de las cárceles. Dicho informe fue incluido en la legislación de 15 estados de EEUU, y sus consejos fueron seguidos por 32 instituciones(18,19).

Inspirado en la labor de Elizabeth Fry y la obra de Howard, el clérigo protestante Teodoro Fliedner (1800-1864), instaló en Kaiserwerth una casa refugio que acogía a ex-presidarias, una casa para la formación de las enfermeras a las que él llamaba “Diaconisas” y un hospital que brindaba asistencia a los enfermos. En la Escuela de Diaconisas terminó su formación Florence Nightingale (1820-1910). De este modo, quedaba evidenciado el vínculo existente entre la labor de la enfermería y la práctica penitenciaria(18,19).

Otro hecho importante en la historia de la Enfermería Penitenciaria, es la creación de la SESP, en 1997. Mediante esta nueva organización, los profesionales de enfermería que realizaban su labor en las IIPP, abandonaron su aislamiento, derivado de la ausencia de reconocimiento. Además, esta entidad, también promovió la función investigadora, la celebración de Congresos Nacionales y Jornadas, y fundó la Revista Española de Sanidad Penitenciaria, revista científica que en el año 1998 publicó su primer número(13,20).

Esta revista está a cargo de la SESP y su contenido se fundamenta en artículos, escritos por numerosos autores que colaboran de manera voluntaria, que siguen unos rigurosos criterios de calidad y obedecen al modelo característico de una publicación de naturaleza científica. Fue en 2011 cuando, tras aceptar su nivel de calidad, la revista fue aprobada en la base de datos MEDLINE del gobierno de los Estados Unidos(20).

En 2008, esta congregación, publicó el libro denominado *“Libro de Realidad Laboral y profesional de la enfermería en las prisiones españolas”*, que constituyó su primer trabajo de investigación cuyo fin primordial era el de otorgar visibilidad a la enfermería de prisiones, en el resto de sociedad. Y, debido a la rigurosidad de la metodología que emplearon y a ser el primer ejemplo de la aptitud de este colectivo para el trabajo y la investigación, esta publicación destaca por su gran valor científico(17).

3.2 SANIDAD PENITENCIARIA EN DISTINTOS PAÍSES

Al hablar de Sanidad Penitenciaria se hace referencia a toda actividad que, impulsada desde el ámbito penitenciario, tiene como fin la prevención y el restablecimiento de la salud de las personas que se encuentran reclusas, lo que significa que se debe considerar como un componente propio de la organización de las prisiones. Este término fue tomado del campo jurídico, y en España apareció en el ordenamiento legal en el siglo XIX. En países como Gales e Inglaterra, el ámbito penitenciario pudo contar desde el año 1877 con su propio servicio de asistencia médica(16,21).

En cada país, durante mucho tiempo, la normativa penitenciaria ha caracterizado la disposición de esta sanidad, sin hallarse una solución válida y homogénea para dar respuesta a las necesidades asistenciales de cada una de las personas reclusas. No obstante, en el último cuarto del siglo XX, en España, el compromiso de la administración en el cuidado de la salud de toda la sociedad, fue progresando gracias a la política sanitaria, desarrollándose un sistema sanitario que ofrecía igualdad de cobertura a todos los ciudadanos, independientemente de su situación. En este país, el sistema sanitario penitenciario se instauró de manera paralela al SNS. Y la gestión de la SP ha progresado al mismo tiempo que lo ha hecho la sanidad extrapenitenciaria, permaneciendo vigentes características sanitarias que han impedido una correcta coordinación(16,21).

La Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad, como determinan varios de sus artículos; garantiza el derecho de los internos a obtener una asistencia sanitaria en condiciones de equidad efectiva, corrigiendo las desigualdades. Y, dentro de una concepción integral del sistema sanitario, la estructuración y la puesta en marcha de las actuaciones tanto preventivas como asistenciales quedan a disposición de las Administraciones públicas competentes(22).

José M. Arroyo, co-director y fundador de la RESP, asegura que la existencia de *“una mejor coordinación entre los servicios sanitarios penitenciarios y los de la comunidad beneficia a los profesionales de la prisión y a los del hospital, mejora la atención de los internos y acerca la realidad de la gestión de los servicios sanitarios penitenciarios a las conserjerías de salud de las Comunidades Autónomas”*. Pero, en España, existen diversos problemas técnicos. Entre ellos se pueden encontrar(23):

- El aislamiento del medio penitenciario, que genera prejuicios y estigmas.
- El modelo asistencial y su dificultad para ser explicado, debido a las diferencias que posee en comparación con el de un centro de salud, un hospital, una residencia, etc.
- Los servicios que presta la SP, todos ellos derivados de las responsabilidades médico-legales, marcadas por la ley.

A lo largo del tiempo, a nivel nacional e internacional, se han llevado a cabo experiencias con el fin de brindar un servicio de calidad y mejorar la asistencia sanitaria en el ámbito penitenciario. Un ejemplo de ello, es el proyecto realizado por el Reino Unido, que pretendía incorporar al SNS la Sanidad Penitenciaria, mediante el traspaso de competencias de la autoridad penitenciaria a la autoridad sanitaria(16).

En el siglo XX, en Inglaterra y Gales, la atención de enfermería a los reclusos varones no era ofrecida por enfermeras capacitadas, sino por oficiales del hospital, que eran hombres que únicamente habían recibido 13 semanas de formación en enfermería. Y, en el caso de las mujeres reclusas, éstas recibían una atención sanitaria de enfermeras completamente capacitadas. La diferencia existente entre el número de oficiales que en aquella época eran 970 y de enfermeras que era de 190, dio lugar a muchas inculpaciones de injusticia(24).

En el caso de las cárceles escocesas, los oficiales de enfermería recibían una formación de 18 semanas. Y, la mayor parte de dicha formación no se realizaba dentro de la prisión, siendo

impartidos los cursos por colegios de enfermería, que no eran dependientes del servicio médico de la prisión escocesa. Y al igual que ocurría en Inglaterra y Gales, existía una desproporción entre el número de oficiales que cuidaban a reclusos varones y las enfermeras que cuidaban a reclusas(24).

Además, estos dos grupos de profesionales, los oficiales y las enfermeras, en Inglaterra y Gales, se administraban por separado dentro del departamento de prisiones. No obstante, en 1974, el Ministerio del Interior intentó cambiar esto, nombrando a un jefe de enfermería que se encargaría de dirigir estas dos divisiones, con el fin de reunirlos. Aunque no se le permitió realizar su trabajo, pues el Ministerio del Interior, debido a los costos que suponía, no deseaba implicarse en una reforma que conllevara una mayor capacitación para los oficiales o la designación de más enfermeras capacitadas. Pero, como exponía el Sr. DH Rye, director de actividades profesionales del Royal College of Nursing, la capacitación durante aquella época era inadecuada para que los profesionales pudiesen lidiar con unos problemas desconocidos para todos aquellos que se encontrasen fuera de la prisión, pues carecía de los conocimientos y las habilidades que resultaban esenciales(24).

Y, al compararlo con otros países durante aquella época, se puede observar que en los Países Bajos la enfermería de la prisión era llevada a cabo por profesionales completamente capacitados. Al igual que ocurría en Holanda y en EEUU. Mientras que el servicio de enfermería tanto en Inglaterra como en Gales e Irlanda del Norte, resultaba deficiente e inadecuado(24).

En 2010, en Inglaterra y Gales, ya existían 133 prisiones. Y, a lo largo de ese año y los anteriores, se introdujeron diferentes cambios destinados a lograr una mejora en la calidad de la asistencia sanitaria a los reclusos, con el fin de que ésta fuese equitativa a la que recibía el resto de la comunidad, modificando para ello el modelo de atención junto a los servicios sanitarios dentro del área penitenciaria(16).

Sin embargo, a lo largo del cambio, se encontraron numerosos problemas que entorpecían la consecución de dicha meta. Entre algunos de los problemas se encuentran(16):

- El aislamiento propio del servicio sanitario penitenciario, además de su vinculación al Her Majesty's Prison and Probation Service (HMPPS).
- La carencia de instalaciones, recursos humanos y materiales.
- La deficiente formación de los profesionales.
- La primacía de lo reglamental sobre lo sanitario.
- Una asistencia deficiente para dar respuesta a todos los problemas sanitarios concretos en el ámbito penitenciario.

Se plantearon diferentes recomendaciones que se llevaron a cabo mediante dos estrategias, con el fin de poner una solución a esos problemas. Una de las tácticas fue la de la integración al National Health Service (NHS) de los servicios sanitarios penitenciarios, y la otra la de reconocer las necesidades de salud de los reclusos. Con respecto al traspaso de competencias, el proceso comenzó en el año 1998, finalizando en abril de 2009, consiguiendo una equidad entre los servicios sanitarios penitenciarios y los del resto de la población. Y, lo que cabe destacar del modelo asistencial inglés, es la relevancia que le otorga a la evaluación de la asistencia entre las demandas de los reclusos y sus necesidades, catalogando las segundas preferentes sobre las primeras, razonando que debido a que la población penitenciaria se encuentra victimizada por la sociedad y carece o posee muy poca cultura de salud, sus demandas tienden a ser excesivas. Incidiendo en que los recursos deberán estar destinados a la atención de sus necesidades y no de esas demandas(16).

En EEUU, dada la ausencia de un sistema de salud público y universal, la atención sanitaria en el ámbito penitenciario se prestaba mediante empresas públicas o instituciones locales, que concertaban el servicio con cada prisión, del mismo modo que lo hacía el resto de comunidad con las compañías de seguros. Al existir prisiones federales, estatales y locales, en lugar de existir

una única autoridad penitenciaria, no solo es complicado determinar una situación general de la SP con respecto a su calidad y organización, sino que se encuentra menos organizado que los países pertenecientes a la Unión Europea(16).

Uno de los puntos en los que se diferencia con el sistema sanitario español, es que éste se encuentra regulado por el Reglamento Penitenciario junto a una Ley Orgánica, mientras que en el caso de EEUU algunas prisiones se hallan dirigidas por la Agencia Federal de Prisiones (BOP), que es una agencia que se encarga de gestionar prisiones y cárceles federales, y otras por los departamentos de justicia. Y, otro de los puntos distintivos es que la asistencia, en España, es de financiación pública, mientras que en EEUU corre a cargo de los presos, con la única excepción de casos de penuria(16,25).

En febrero, de 2004, tuvo lugar en Benidorm el III Encuentro de Prisiones, donde distintos expertos en derecho legal, Organización No Gubernamental (ONG) y profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito penitenciario, aportaron información acerca de la situación sanitaria de los reclusos. Todos ellos convinieron que, en las prisiones españolas, existía una ausencia de proyectos de prevención y control de enfermedades, que fuesen efectivos. Y dicha conclusión la fundamentan en la carencia tanto de servicios sanitarios de calidad como de medios y personal apropiados para proporcionar dichos servicios y cuidados, pues en la mayoría de los centros prima el reglamento frente a la sanidad. Y, el presidente de la SESP, valoró que el hecho de que el medio penitenciario fuese incapaz de disminuir el riesgo de empeorar una situación de salud o mejorarlo, implicaba una doble injusticia. Por una parte, al recluso se le añadía una pena más, que acaba resultando con el empeoramiento de su estado de salud. Y, por otro lado, la falta de igualdad, dado que una vez se encuentra en la cárcel, el recluso es privado del acceso a una asistencia sanitaria integral(26).

La SESP, en el año 2002, estableció distintos grupos de trabajo conformados tanto por médicos/as como por enfermeros/as de distintas prisiones, que llevaron a cabo un estudio que recibe el nombre de Calidad Asistencial en Prisiones (CAPRI), que buscaba conseguir que la calidad asistencial brindada en las prisiones fuese del mismo nivel que la ofrecida por el SNS. Dicho proyecto se encargaba de evaluar la situación de la SP, en lo referente a los medios materiales y humanos, e identificar a su vez aquellos problemas relacionados con el nivel de calidad y las oportunidades de mejora, a través del criterio de distintos profesionales sanitarios de las prisiones españolas. Hasta entonces, no se había realizado ningún estudio que pusiera de manifiesto cuál era ese nivel de calidad(16,27).

Haciendo referencia a los problemas de calidad u oportunidades de mejora, relacionados con la estructura en el trabajo de los profesionales de enfermería, se encuentran algunos de los siguientes(27):

- La existencia de una elevada carga de trabajo debido a las particularidades propias de las IIPP, la inadecuación de su distribución y gestión pues muchos centros carecen de la figura del supervisor de enfermería, además de la gran demanda asistencial y el escaso tiempo que se les dedica a actividades de promoción de la salud o consultas de enfermería.
- La baja motivación por parte del profesional de enfermería a causa de sus condiciones laborales y lo subestimado que se encuentra su trabajo dentro de las prisiones, tanto por parte de otros profesionales como de la propia enfermería.
- La insuficiente existencia de protocolos de actuación junto a la falta de estandarización en la práctica clínica, que provoca una gran variabilidad no solo en diferentes prisiones, sino también dentro de la misma, lo que acaba derivando en una mala calidad asistencial.
- La formación continuada inadecuada, por la falta y mala gestión de los medios existentes pues la formación extrapenitenciaria debido a la coincidencia de horarios

con la jornada laboral, es rechazada en la mayoría de los casos, y la intrapenitenciaria no llega a todos los profesionales.

- La escasez de material de apoyo para la formación al paciente, como aquella relacionada con la EpS o para la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos.
- La descoordinación con la sanidad extrapenitenciaria, que complica la continuidad asistencial. Y la inadecuada comunicación existente dentro del propio equipo de salud de la prisión, en base a la carencia de sesiones clínicas conjuntas.
- La incorrecta realización de algunas técnicas de enfermería o su control, debido a la variabilidad ya mencionada, además de a la ausencia de una formación continuada, al rol de enfermería equivocado, etc.
- La ausencia de condiciones apropiadas para la ejecución de sus funciones.
- La falta de registro en las historias clínicas, del trabajo realizado por el profesional de enfermería, que lleva a la repetición de pruebas, además de una ausencia de anotación de las actividades que son llevadas a cabo.

El informe CAPRI llega a la conclusión de que, aunque es complicada la modificación del entorno, si es susceptible de mejora la formación del personal sanitario penitenciario, evitando de ese modo los inconvenientes que se encuentran en la relación con los pacientes(16,27).

En Inglaterra y Gales, también se realizó una valoración acerca de este tema, llegándose a la conclusión de que la asistencia sanitaria era de peor calidad que la proporcionada por el Sistema Nacional de Salud inglés (NHS) y la recomendación que ofrecían era que la sanidad penitenciaria fuese integrada en el NHS. Y, dado que en España la situación era semejante, se estimó el informe CAPRI como relevante para evaluar el sistema sanitario propio del país(27).

El estado actual de la sanidad penitenciaria en las prisiones españolas, no dista del de años atrás, permaneciendo vigentes las inadecuadas condiciones en las que trabajan los profesionales sanitarios dentro de las prisiones. La huelga de funcionarios que tuvo lugar en diciembre de 2018, puso de manifiesto algunos de los problemas que poseen los centros penitenciarios del país. La plantilla de personal se ha visto considerablemente reducida, hace 3 años trabajaban 411 médicos y en el momento actual tan solo 212. El hecho de que no se llenen las plazas de empleo que se ofertan, reside en las condiciones laborales, sobre todo en el tema salarial pues según el responsable del área de sanidad penitenciaria de la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF), *“los sanitarios cobran más ejerciendo fuera que en las cárceles”*. Además, la falta de personal sanitario ocasiona la muerte de presos por sobredosis, como ocurrió en el caso de Andalucía. La solución que se ofrece ante este conflicto es la transferencia de competencias(28).

Como conclusión, con referencia a la SP en distintos países, destaca la experiencia llevada a cabo en el Reino Unido en relación con el proceso de transferencia, como una de las más relevantes para la mejora de la calidad y organización asistencial dentro de los centros penitenciarios. En EEUU, la situación no posee similitudes con la realidad española, a causa de la descentralización en la provisión de cuidados, pero cabe destacar la manera de asegurar unos mínimos de calidad asistencial. Y las propuestas que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS) van dirigidas a instaurar unos niveles mínimos de calidad en todas las unidades de SP de cada centro penitenciario(16).

3.3 INTEGRACIÓN DE LA SANIDAD PENITENCIARIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En 2016, se volvió a plantear la integración de la Sanidad Penitenciaria en el SNS. Para lograr este objetivo, se insistió al Gobierno para que estableciera convenios a largo plazo con todas aquellas comunidades autónomas a las que todavía no se les hubiera transferido la asistencia sanitaria de las prisiones, posibilitando una incorporación completa de los servicios sanitarios penitenciarios a sus servicios autonómicos de salud correspondientes. El objetivo de esta propuesta era igualar las condiciones de asistencia a los reclusos con aquella ofrecida al resto de comunidad(29).

Al integrar la SP en el SNS, ésta dependerá de las Conserjerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, entidades que se ocupan de la promoción, asistencia y protección de la salud de la población. Pues son las autoridades sanitarias las que poseen la función de vigilar la salud de toda la sociedad, indistintamente de si una persona se encuentra en prisión o no(26).

La Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, hace quince años que expuso en su disposición adicional sexta que *“los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración”*, dándose un plazo de 18 meses para incorporar dichos servicios. Sin embargo, en este momento, las únicas comunidades autónomas que han transferido la SP son Cataluña y el País Vasco. Y aquellas que han mostrado de manera reciente su interés por hacerlo son Navarra, Baleares, Extremadura y Canarias(14,30).

La SESP considera que para lograr una normalización y actualización de la SP se requiere de su integración en el SNS, puesto que de esa manera se podría asegurar la igualdad tanto para los profesionales sanitarios como para los reclusos. Una de las razones por las que considera necesaria dicha transferencia es que la integración eliminaría la doble financiación de la atención sanitaria a los reclusos. Otra de ellas es que, al hacerlo, se lograría que la asistencia sanitaria a los reclusos tuviera las mismas condiciones que la ofrecida al resto de la sociedad. Además, observa que la integración de la SP, también permitiría acabar con la discriminación que afecta a los sanitarios, que trabajan en unas condiciones tanto laborales como profesionales no solo distintas sino también peores que los profesionales de fuera de las prisiones(31,32) .

La integración también ayudaría a corregir los problemas que guardan relación con la calidad asistencial. La transferencia conseguiría motivar a los profesionales al mejorar sus condiciones de trabajo, mejoraría la coordinación con el resto de servicios y centros sanitarios, impulsaría la puesta en marcha de protocolos, facilitaría la formación continuada de los profesionales así como la investigación, prevendría la independencia sanitaria, etc.(27).

El 24 de enero de este mismo año, la SESP remitió una carta abierta a los ministros del Interior y Sanidad y a los consejeros de este mismo ámbito, de cada una de las comunidades autónomas; en la cual recuerda la pésima situación en la que se encuentran los reclusos, frente a la inminente pérdida de un derecho fundamental como lo es el de la salud y una asistencia sanitaria cada vez más deficitaria. Asimismo, incide en que *“es absolutamente necesario que se pongan de acuerdo, marquen unos plazos adecuados para las cuestiones técnicas y tomen ya la decisión política de transferir toda la Sanidad Penitenciaria a los sistemas de Salud de las comunidades”*(33).

Transcurridos 15 años desde la aprobación de la Ley, ésta sigue sin cumplirse. Lo que a su vez implica que exista un *“déficit total de profesionales que es incompatible con ofrecer una mínima calidad de la asistencia sanitaria”*. Todo ello entraña un grave riesgo no solo para la salud de la población reclusa, sino también para la del resto de la sociedad(33).

Las deficientes condiciones laborales a las que se enfrentan los profesionales sanitarios que trabajan en centros penitenciarios, provocan que exista una falta de personal en este ámbito y a la falta de motivación de este colectivo. Los países que han logrado solucionar este problema, como es el caso de Francia, Noruega, Inglaterra y Gales; lo han hecho con la mencionada integración⁽²¹⁾.

4. LEGISLACIÓN Y ACCESO A LA PLAZA DEL CUERPO DE ENFERMEROS DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

4.1 MARCO LEGAL

El sistema penitenciario español se rige y regula a través de las siguientes normas(34):

- La Constitución Española de 1978.
- La Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre General Penitenciaria (LOGP).
- El Reglamento Penitenciario aprobado por RD 190/1996 de 9 de febrero, aprobado por primera vez el 8 de mayo de 1981.
- El Real Decreto 840/2011 que se encarga del desempeño de los trabajos comunitarios a favor de la comunidad y de la persistente localización en la penitenciaría, de ciertas acciones preventivas, así como también de la interrupción de las condenas privativas de libertad y del reemplazo de penas.
- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

4.1.1 CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

El Título Primero de esta norma está destinado a la organización de los derechos y deberes de los reclusos. En su artículo 25 expone que *“las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados”*. Salvo aquellos reclusos que se vean condicionados por su propia condena o por la Ley penitenciaria, el resto de presos podrán beneficiarse de los derechos descritos en este artículo(35).

Dado que se trata de un derecho universal, la salud no puede verse limitada o restringida por el ingreso en una Institución Penitenciaria. Por ello, la Constitución en su artículo 43, reconoce *“el derecho a la protección de la salud”* y delega a los poderes públicos la organización y protección de la salud, mediante medidas preventivas y todas las prestaciones y servicios que sean indispensables(35,36).

4.1.2 LEY ORGÁNICA 1/1979 DE 26 DE SEPTIEMBRE GENERAL PENITENCIARIA

En 1979 se aprobó la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de Septiembre, General Penitenciaria. Dicha ley fue aprobada con la Constitución, y corresponde a la primera Ley Orgánica que rigió el sistema penitenciario español, pues hasta entonces ese papel recaía sobre el Reglamento(11).

La LOGP establece una normativa con respecto a los recursos personales y materiales que debería de poseer cada Centro Penitenciario, con el fin de poder asegurar una asistencia sanitaria de calidad(37).

En su artículo 1, reincide en lo mismo determinado por la Constitución Española de 1978, exponiendo que todas las IIPP que se encuentren reguladas por esta ley deberán tener como objetivo *“la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de los detenidos, presos y penados”*(12).

En su artículo 3, define la manera en la que debe desempeñarse la actividad penitenciaria, respetando la personalidad, los derechos y los intereses jurídicos de los reclusos que no se encuentren limitados por la condena; sin implantar diferencias con respecto a la raza, creencias

religiosas, opiniones políticas, condición social, etc. Igualmente, expone que la Administración penitenciaria se encargará de proteger la vida, integridad y salud de los reclusos(12).

En el artículo 36, describe cuál será la organización de cada centro, dentro del cual deberá existir *“al menos un médico general con conocimientos psiquiátricos encargado de cuidar la salud física y mental de los internos”*, un ayudante técnico sanitario (ATS), un médico odontólogo y el personal auxiliar adecuado. También expone que, además de la asistencia médica que se ofrece en los establecimientos, los reclusos podrán ser atendidos *“en las instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario y, en caso de necesidad o urgencia, en otros centros hospitalarios”*(12).

En el artículo 37, determina que todos los establecimientos deberán contar con una enfermería que posea el número de camas suficientes y los recursos materiales necesarios para la asistencia, una estancia dedicada a la observación psiquiátrica y a la atención a los reclusos toxicómanos y otra estancia para los pacientes con enfermedades contagiosas. Y, como describe el artículo 38, en el módulo de mujeres *“existirá una dependencia dotada del material de obstetricia necesario para el tratamiento de las internas embarazadas y de las que acaben de dar a luz y para atender aquellos partos cuya urgencia no permita que se realicen en hospitales civiles”*(12).

Y su artículo 40 declara que la asistencia sanitaria se garantizará realizando un reconocimiento inicial a todos los reclusos, así como los sucesivos que se consideren convenientes(12).

4.1.3 REGLAMENTO PENITENCIARIO

El primer Reglamento Penitenciario se aprobó el 8 de mayo del año 1981. Sin embargo, el que se encuentra vigente en la actualidad es el Reglamento Penitenciario aprobado el 9 de Febrero de 1996, cuyas últimas modificaciones y actualizaciones se introdujeron en el año 2011(38).

4.1.3.1 REGLAMENTO PENITENCIARIO DE 1981

En el artículo 312, se describen cuáles son las funciones de los superiores que están a cargo del servicio de Enfermería(39).

Entre ellas se encuentran: Supervisar que tanto los enfermeros como el personal auxiliar ejecuten de manera adecuada sus funciones, que se realicen las curas, la administración de la medicación, se reparta la comida y se lleven a cabo cada una de las actividades de la forma dispuesta por el médico. También se encarga de evitar que sin la aprobación del facultativo se extraiga o entregue a los enfermos medicación, comida, ropa, etc. Y de actuar cuando los enfermos se encuentren bajo un cuadro de agitación(39).

En el caso de que en el Centro Penitenciario existiese una Comunidad de Religiosas, tal y como describe el artículo 313, serán ellas las que se encarguen de la labor de cuidar de los reclusos enfermos, además de preparar y distribuir las comidas, los medicamentos, ocuparse de la higiene y el aseo, etc. Y, en ese caso, el funcionario encargado se limitará a ejecutar las restantes actividades asignadas(39).

Otro de sus artículos está dedicado a detallar las tareas que les son asignadas a los Ayudantes Técnicos Sanitarios, quienes se encuentran obligados a(39):

- Acompañar al médico, tanto durante los ingresos, como en la consulta y durante la visita de enfermería, anotando cada una de sus indicaciones y los medicamentos por él prescritos.
- Realizar las curas que se deban realizar, de acuerdo con su capacitación.
- Guiar los procedimientos de desinfección y desinsectación, según las órdenes médicas.
- Llevar la documentación administrativa de Enfermería, como historias clínicas, libros de reconocimiento, etc.
- Asistir de manera inmediata cuando sean requeridos por su superior.

Estas funciones se encuentran obsoletas y desvinculadas de la realidad, lo que significa según un estudio realizado por la GESESP, que deberían de llevarse a cabo las modificaciones necesarias que las adecue a esta nueva realidad. Pues, las funciones descritas por el Reglamento Penitenciario de 1981 presentan a los profesionales de enfermería como subordinados de los médicos, carentes de autonomía en la ejecución de su labor(40).

4.1.3.2 REGLAMENTO PENITENCIARIO DE 1996

En su capítulo primero, en el artículo 207, describe la asistencia sanitaria como una asistencia integral dirigida hacia la prevención, haciendo hincapié en la prevención de enfermedades transmisibles, la curación y la rehabilitación. Asimismo, expone que será la Administración Penitenciaria la que se encargue de la financiación de la asistencia, teniendo en cuenta la cantidad de reclusos que se encuentran afiliados a la Seguridad Social o que puedan acceder a la asistencia sanitaria gratuita. Y también se hará cargo de los gastos originados por las consultas e ingresos en centros hospitalarios extrapenitenciarios(41).

A su vez, en su artículo 209, determina un modelo de atención sanitaria que consiste en: Atención Primaria (AP) y Asistencia Especializada. La AP será responsabilidad de la Administración Penitenciaria, y el equipo de cada centro penitenciario deberá estar compuesto por un médico general, un enfermero y un auxiliar de enfermería; y de manera ocasional por otro tipo de especialistas como psiquiatra o médico estomatólogo. El SNS se encargará de garantizar la Asistencia Especializada, prestándose tanto en los propios centros penitenciarios como en los hospitales designados, por la autoridad sanitaria, para ello(41).

El Reglamento Penitenciario también exige la existencia de una sala destinada a la enfermería, que cuente con los recursos materiales requeridos para cubrir la asistencia a los pacientes reclusos, como detalla el artículo 213(41).

4.1.4 LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Ministerio de Sanidad, con el objetivo de evitar los problemas de desigualdad en lo referente al nivel asistencial y de coberturas, entre los distintos servicios regionales de salud; elaboró una Ley que asegurara una cohesión y calidad entre dichos servicios. Y esa ley es la Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud(16).

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud buscaba la existencia de una vinculación y coordinación entre los servicios sanitarios penitenciarios y el resto de las administraciones sanitarias. Para ello, en su disposición adicional sexta, trata la transferencia de los servicios e instituciones sanitarias dependientes de las IIPP a las diferentes comunidades autónomas, exponiendo que *“los servicios sanitarios dependientes de las Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud”*. Además, también agrega que dicho traspaso

se debería llevar a cabo en un plazo de 18 meses, desde la aprobación de esta ley. Sin embargo, País Vasco y Cataluña son las únicas comunidades autónomas que actualmente han llevado a cabo el mencionado traspaso(14,37,42).

4.2 ACCESO A LAS PLAZAS DE ENFERMERÍA PENITENCIARIA

Los profesionales de enfermería de las IIPP, forman el Cuerpo de Enfermeros de las Instituciones Penitenciarias. El procedimiento de acceso a esta plaza depende del Ministerio del Interior y se realiza a través de una oposición(43).

Con respecto a la prueba de oposición, ésta cuenta con tres ejercicios eliminatorios(43):

1. Primer ejercicio. El primer ejercicio consiste en resolver, por escrito, un cuestionario de 100 preguntas acerca del contenido de los diferentes temas a estudiar. Y su duración es de 80 minutos.
2. Segundo ejercicio. En el segundo ejercicio se procederá al desarrollo de tres temas al azar, también acerca de los diferentes temas que contiene el programa. Y su duración es de tres horas. Dicho ejercicio se leerá delante de un tribunal, en una sesión pública. Y será este mismo tribunal el que considere la adecuación y validez de los temas preguntados.
3. Tercer ejercicio. El tercer ejercicio es de carácter práctico, en el cual el tribunal planteará cuatro casos prácticos y el opositor deberá elegir tres de ellos para resolverlos. Este ejercicio también se leerá delante de un tribunal, en la fecha que se determine. Y su duración será de noventa minutos.

Respecto al programa de estudios, los temas contenidos en él se dividen en dos partes, una correspondiente a la materia de legislación a nivel nacional y penitenciaria, y la segunda a una materia más específica. A su vez, este programa, se fracciona en tres módulos. El primero de ellos comprende 23 unidades sobre legislación. El segundo módulo corresponde a *“Calidad, estadística, demografía e intervenciones enfermeras en alimentación y procesos patológicos”*, donde se pueden encontrar 27 unidades. Y, el último módulo, contiene 27 unidades acerca de *“Intervenciones de enfermería en procedimientos terapéuticos”*(44,45).

En las 54 asignaturas específicas, que comprenden parte del temario del Ministerio del Interior, se puede encontrar materia acerca del proceso de salud y la enfermedad, demografía sanitaria, valoración y cuidados de enfermería a personas con problemas cardiovasculares, del sistema renal y urológico, con heridas y quemaduras, problemas en la piel, desnutrición, parada cardiorrespiratoria, urgencias y emergencias, etc. Además, también hay temas sobre la EpS y técnicas para la relación interpersonal y comunicación(44).

Una vez superada la fase de oposición, se entrará dentro de un periodo de prácticas que será regulado por la SGIP y su duración será menor de seis meses. Este periodo de prácticas estará compuesto por dos fases(43):

1. Primera fase – Formativa. Esta primera fase se basa en un curso formativo, en el que se proporcionará materia acerca de las funciones designadas a los funcionarios del cuerpo de ayudantes técnicos sanitarios de las Instituciones Penitenciarias.
2. Segunda fase – Prácticas en centros penitenciarios.

Tras superar esta segunda fase, se deberá continuar en los centros penitenciarios, ejerciendo las funciones asignadas al cuerpo de ayudantes técnicos sanitarios hasta que se publique su designación como funcionarios de carrera, en el BOE(43).

Para poder realizar las pruebas de oposición y, de ese modo, acceder al Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias, se deberán reunir una serie de requisitos(45,46):

- Se debe tener nacionalidad española o de alguno de los restantes Estados miembros de la Unión Europea. Y en el caso de aquellos que no posean nacionalidad española, deberán justificar no estar sometidos a sanción disciplinaria o condena penal que le impida acceder a la función pública, en su Estado.
- Tener como edad mínima 16 años y no haber llegado a la edad de jubilación.
- Tener la titulación de Diplomado o Grado Universitario en Enfermería. Y, de haber obtenido la titulación en el extranjero, debe poseer la credencial que justifique su homologación.
- No presentar limitaciones físicas o psíquicas, que le impidan ejecutar sus funciones correspondientes. Aunque el Gobierno ha dispuesto medidas que facilitan el acceso a las personas que presentan discapacidades.
- No encontrarse inhabilitado para la realización de las funciones públicas.
- No haber sido condenado a penas privativas de libertad superiores a tres años, por delito doloso. A excepción de que se posea la cancelación de antecedentes penales o la rehabilitación.

Estos requisitos deberán poseerse y mantenerse desde el día en el que termina el plazo de presentación de solicitudes hasta la toma de posesión como funcionarios de carrera(45,46).

En la figura nº1 se expone el número de plazas de empleo público que se ofertan y han ofertado en los últimos años, observándose que desde el año 2009 hasta el 2012 se produjo un descenso en la oferta. No obstante, tras los años 2012 y 2013 durante los cuales no se realizó oferta alguna y, a excepción del año 2017 donde tampoco se ofertaron plazas, éstas han ido aumentando poco a poco hasta alcanzar el número más alto en el año 2019, con un total de 45 plazas ofertadas(47–55):



Fuente: Elaboración propia.

5. LA ENFERMERA EN EL MEDIO PENITENCIARIO

5.1 PERFIL DE LA ENFERMERA PENITENCIARIA

Como ya se ha mencionado, los profesionales enfermeros que trabajan en las IIPP, pertenecen al llamado Cuerpo de Enfermeros de las Instituciones Penitenciarias. Dicho cuerpo de enfermeros se encuentra vinculado con el Ministerio del Interior y, a su vez, son funcionarios que trabajan para la Administración General del Estado (AGE), lo que significa que no se hallan integrados ni en la Administración local, ni en la autonómica, ni en la corporativa(37).

En lo referente al perfil de estos profesionales enfermeros, era habitual que este papel fuese asumido por varones, dada las características que definen este medio. Sin embargo, se ha producido un cambio significativo con respecto a años atrás. La GESESP, en el año 2008, puso en marcha un estudio acerca de la experiencia laboral de 600 enfermeros que trabajaban en diferentes prisiones españolas, recogiendo para ello información, a través de la cual llegaron a la conclusión de que, en la actualidad, las enfermeras constituyen un 60% del equipo de enfermería de las prisiones. Y, con respecto a la edad, la mayoría de ellos son profesionales jóvenes que no superan los 37 años(56).

Otras de las características que definen al equipo de enfermería penitenciaria, son su personalidad y su destreza para la comunicación, para la escucha, su capacidad de resolución y manejo de situaciones conflictivas, junto a su conocimiento acerca del sistema judicial penal(57).

5.2 FUNCIONES DE LA ENFERMERA PENITENCIARIA

Las funciones de los profesionales enfermeros de centros penitenciarios, tal y como se ha expuesto con anterioridad, se hallan recogidas en el artículo 324 del Reglamento Penitenciario de 1981, permaneciendo vigentes en el Real Decreto 190/1996.

Cada una de estas funciones, así como cada uno de los cuidados que se planifiquen, deben considerar los cuatro niveles básicos de atención, que son: fomento y promoción de la salud, restablecimiento de la salud, acompañamiento durante el proceso de fallecimiento y prevención de la enfermedad(58).

Dada la complejidad que presenta cada uno de los cuidados y técnicas llevados a cabo diariamente por los profesionales de enfermería, resulta necesario realizar una evaluación continua, con el fin de asegurarse de que los cuidados que se prestan son de la mejor calidad posible y, en el caso de no serlo, establecer las medidas necesarias para mejorarlos(58).

Las funciones de la enfermera penitenciaria han sido agrupadas por diferentes autores, en cuatro áreas: asistencial, investigadora, docente y gestora.

5.2.1 FUNCIÓN ASISTENCIAL

La función asistencial constituye la función básica y principal que realizan las enfermeras diariamente. Y, excepto los hospitales psiquiátricos, en cada una de las IIPP, esta asistencia sanitaria debe realizarse por medio de equipos de profesionales sanitarios de carácter similar a los de atención primaria del resto de la comunidad(40,59).

Asimismo, el nivel esencial de dicha asistencia, es la atención primaria. Y, las actividades que engloba y que se realizan a través de la atención individualizada o grupal o la formación, son la asistencia y educación sanitaria, la recuperación y el mantenimiento de la salud, etc.(40).

A su vez, dentro de esta asistencia sanitaria, se halla incluida la atención a las urgencias, los diferentes tipos de consulta de enfermería de los que se hablará más adelante y diferentes programas de tuberculosis, salud mental, VIH, drogodependencias, etc.; es decir, programas de prevención y de reducción de daños(2,13):

- Programas de prevención. Durante el ingreso, después de la elaboración de la historia clínica del paciente, se realizan una serie de pruebas diagnósticas que se utilizarán para identificar la serología y la situación clínica en la que se encuentra cada paciente. Y son esas pruebas las que indicarán si se requiere o no de una pauta de vacunación frente al Virus de la Hepatitis A (VHA) y/o Virus de la Hepatitis B (VHB), también ayudarán a averiguar si el paciente se encuentra infectado por el VIH o por el Virus de la Hepatitis C, brindando un tratamiento adecuado a ambas patologías en el caso de que sea necesario. Y ese mismo proceso se llevará a cabo en el caso de que se obtenga una prueba de Mantoux positiva.
- Programas de reducción de daños. Dentro de este programa se hallan dos subprogramas: Programa de Mantenimiento con Metadona y Programa de Intercambio de Jeringuillas. En estos programas el profesional se encargará de controlar el seguimiento y de vigilar posibles complicaciones que puedan aparecer.

Toda esta asistencia sanitaria, y las actividades que conlleva, se lleva a cabo a través de la Consulta de Enfermería, lugar donde se encuentra el trato más directo entre el profesional sanitario y el paciente, y dentro de la cual se pueden hallar dos tipos diferentes(2,40,59):

- Consulta a demanda. Aquella solicitada por el paciente, que acude por iniciativa propia, sin cita previa. Después de ser atendido por el personal de enfermería puede darse la derivación a otro profesional. También puede darse esta consulta, como respuesta a una situación de urgencia.
- Consulta programada. Se origina a través de la creación de una cita previa y en la que se mantienen diferentes entrevistas con los reclusos. Algunos de los objetivos principales son los siguientes: seguimiento y control de enfermedades crónicas, identificar y valorar posibles factores de riesgo, prevención de enfermedades, brindar cuidados integrales, asesorar, realizar educación sanitaria, etc. Atendiéndose tanto a los reclusos enfermos como a los sanos.

También se pueden encontrar otro tipo de consultas como la consulta de enfermería de ingresos, que corresponde al momento de ingreso del paciente, donde se recoge la información inicial, se abre la historia clínica y se deriva a la primera consulta programada de enfermería(59).

Ante todo, destaca la existencia de una gran demanda asistencial por problemas relacionados con la salud mental, por enfermedades infecciosas, trastornos adictivos, etc. Lo que, a su vez, conlleva un consumo elevado de recursos(36,59).

En 2013, la SGIP, estableció un plan de mejora, en el cual quedaba expuesto que, de las labores llevadas a cabo por las enfermeras, aquella que ocupa un 74,7% y genera un mayor volumen y carga laboral, debido a las múltiples tareas que resultan de ella, es la asistencia farmacéutica. Se considera que ese reparto de medicación es la principal carga de trabajo de los profesionales enfermeros(56,59).

Teniendo en cuenta las numerosas y diversas atenciones que implica dicha asistencia sanitaria, los profesionales enfermeros deben estar formados en diferentes áreas como, por ejemplo: drogodependencias, salud pública, enfermedades infecciosas, salud mental, urgencias, además de en aspectos legales y regimentales(60).

5.2.2 FUNCIÓN INVESTIGADORA

La función investigadora consiste en la prestación de unos cuidados basados en la evidencia. Esto requiere de una valoración continua que los revise y valide, impulsando de ese modo una atención de calidad que posee una eficiencia con respecto a sus costes y busca la excelencia. Para la consecución de dicha investigación se lleva a cabo el método científico(2,40).

La investigación es uno de los pilares fundamentales, que posibilita la mejora y el avance en la Enfermería, enriqueciendo los resultados de los cuidados, logrando un mayor desarrollo tanto en los conocimientos, como en práctica enfermera. A su vez, es una herramienta necesaria para que los cuidados ofertados sean de la mayor calidad posible(2).

Pese a ello, es escaso el número de profesionales enfermeros que se ocupan de esta área de investigación, careciendo por lo general de un apoyo adecuado. Esto puede contemplarse, en la encuesta realizada por la GESESP, en la cual un 90% de los enfermeros encuestados reconocían no haber participado en proyectos de investigación(2,56).

Lo que significa que los profesionales de enfermería requieren de una formación en actividades de investigación. Sin embargo, existen una serie de problemas que dificultan su puesta en marcha. Algunos de ellos son los siguientes(40):

- La ausencia de formación para la dirigir los proyectos.
- La jerarquización existente en el organigrama de las diferentes IIPP.
- La difícil financiación de las actividades de investigación.
- Se debe realizar de forma externa a la jornada de trabajo, dado que no es considerada como una labor relevante.

En contraste con todo esto, de la SESP nace un grupo dedicado a la promoción y el desarrollo de diferentes proyectos de investigación relacionados con las enfermedades infecciosas, estableciendo protocolos y normativas, fomentando el impacto social que posee su estudio sobre la sociedad, etc. Este grupo que se encarga de impulsar la investigación y el estudio en este ámbito, recibe el nombre de Grupo de Trabajo en Enfermedades Infecciosas(61).

5.2.3 FUNCIÓN DOCENTE

La función docente se encarga de la formación, con el principal objetivo de que la asistencia que se ofrece posea el más alto nivel de calidad. Destaca la existencia de tres tipos de formación(40):

- Formación pregrado. Se realiza tanto en las Escuelas de Enfermería durante la formación académica como durante el periodo de prácticas que se realiza tras haber aprobado la fase de oposición.
- Formación postgrado. Se realiza con el fin de obtener un mayor grado de conocimientos para mejorar la asistencia y la prestación de cuidados.
- Formación continuada. Su principal objetivo es la renovación de los cuidados ofrecidos, adaptándolos a los diferentes cambios que van surgiendo. Y dicha formación se puede realizar dentro del propio centro penitenciario a través de reuniones o sesiones clínicas, o fuera del mismo.

En la actualidad, existen Escuelas de Enfermería que colaboran con algunos centros penitenciarios, concediendo a los alumnos la posibilidad de hacer algún periodo de prácticas en dichos centros(2,62).

A su vez, dentro de la función docente de enfermería, se encuentra la Educación para la Salud, ofrecida generalmente durante las consultas programadas, tal y como se ha expuesto con anterioridad.

5.2.3.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud es una herramienta, cuyo principal objetivo es hacer responsables a cada uno de los individuos de su estado de salud, ayudándoles a conocer cuáles son aquellos factores que influyen en su nivel de salud y la capacidad que poseen para actuar sobre ellos. Es considerada una función de especial importancia de los profesionales sanitarios y engloba tanto el proceso de promoción de la salud como de prevención. Además, corresponde a una parte muy importante de la labor de los profesionales de enfermería(63).

Para lograr dicho objetivo, es necesario considerar al paciente como un “*agente responsable de su salud*”, de ese modo, podrán adquirir una actitud activa en el cuidado de su salud, involucrándose al mismo tiempo en las diferentes decisiones que se hagan sobre ella(64).

A su vez, destaca la importancia de la continuidad en la EpS, pues ese es el modo de lograr que los pacientes desarrollen los hábitos y las conductas esperadas(64).

Esta EpS puede llevarse a cabo tanto de forma individualizada, durante las consultas de enfermería y médicas, como a través de actividades en grupo como talleres, charlas educativas, etc. La materia que con mayor asiduidad se trata, son los hábitos higiénicos, las drogodependencias y algunas patologías infecciosas como el VIH y la tuberculosis, además de las enfermedades de transmisión sexual(36).

Los profesionales implicados en estas actividades no son solo sanitarios, sino que también participan psicólogos, trabajadores sociales e incluso ONGs, como por ejemplo la Cruz Roja(36).

En las prisiones se encuentra un sector desfavorecido y vulnerable de la sociedad, con grandes desigualdades tanto en educación como en formación, junto a un nivel de salud menor que el que posee el resto de población. Y estas características que definen a la población reclusa, y de las que se hablará más adelante, hacen necesaria la creación y puesta en marcha de programas de educación sanitaria(36,65).

La SESP realiza diferentes programas de EpS, que tienen como fin proporcionar a los internos conocimientos acerca de las patologías más frecuentes que pueden presentar, además de fomentar que alcancen unos hábitos saludables para prevenirlas. Algunos de estos programas son(13,66):

- Programa de la tuberculosis, que incluye la información más relevante acerca de esta enfermedad.
- Programa para el cumplimiento de tratamiento y prevención del VIH/SIDA.
- Programa acerca de las hepatitis virales.

También destaca la existencia de tres niveles sobre los que se puede intervenir en EpS(65):

- Educación para la salud individual. Se realiza a lo largo de las diferentes consultas de enfermería y durante el ingreso del paciente.
- Educación para la salud grupal. Se realiza cuando se reúne a un grupo de pacientes para alcanzar un objetivo de salud.
- Educación para la salud colectiva. Se realiza a través de técnicas publicitarias como carteles, folletos, vídeos, etc.

Resulta importante que antes de realizar cualquiera de las tres intervenciones, se posea conocimiento acerca de la población a la que va destinada dicha educación, conociendo sus creencias, valores, hábitos y necesidades(65).

La realización de una buena educación no solo al paciente, sino también a la familia, favorece la reinserción social, la recuperación, la rehabilitación y, al mismo tiempo, puede evitar recaídas(64).

No obstante, la educación sanitaria continúa considerándose un requisito que no se encuentra cubierto, tanto por falta de profesionales especializados en dicha materia, como por falta de material e instrumentos para realizar una evaluación de las actividades llevadas a cabo y por la escasa concienciación de la relevancia que posee esta tarea(21).

5.2.4 FUNCIÓN GESTORA

La función gestora que posee una enfermera en el centro penitenciario consiste principalmente en la organización del trabajo, en el establecimiento de aquellos objetivos que se desean conseguir y la planificación de los indicadores de salud que otorguen la posibilidad de valorar la actividad. También se encarga de asegurar la existencia de un sistema que permita el registro de información y de la evaluación de todas las actividades que se llevan a cabo, en pos de conseguir la mejora(40).

Dentro de ese trabajo administrativo que los profesionales enfermeros deben asumir, se encuentra la preparación y ejecución de los pedidos de farmacia, que realiza enfermería de manera habitual debido a la ausencia de un profesional farmacéutico en la mayoría de los centros, además del registro de las actividades que realizan en las diferentes historias clínicas, de la organización de las consultas a diferentes especialistas extra-penitenciarios, la ejecución de informes para pacientes, etc. Y, aunque en los centros en los que existe un responsable de enfermería, es éste el que se encarga de la organización de los servicios enfermeros; ante la inexistencia de esa figura de supervisor, son los propios enfermeros los que asumen dicha labor(2,56).

Con respecto a la historia clínica, la importancia de su cumplimentación y del registro de las actividades, se fundamenta en que además de ser un documento que posee validez jurídica es una forma de registrar la labor que los profesionales de enfermería llevan a cabo(56).

5.3 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN RECLUSA

En lo referente a las características sociosanitarias que definen a la población reclusa, destaca la prevalencia de aquellas enfermedades infecciosas que poseen un alto índice de gravedad e implican una gran repercusión a nivel social y económico. Entre ellas se encuentran la Hepatitis C, la Tuberculosis, el VIH, la drogodependencia, etc. Además, despunta el alto número de reclusos adictos a sustancias psicoactivas y las importantes complicaciones que conlleva dicha drogodependencia(60,62).

Igualmente, existe una alta incidencia de patologías psiquiátricas, debido a que dentro de los centros penitenciarios se multiplica por 4 la prevalencia de dichos trastornos, con respecto al resto de población, considerándose la ansiedad y la depresión como los problemas mentales más prevalentes. De ahí la importancia que se le otorga a dicho ámbito(36,67,68).

Haciendo referencia a las características psicológicas que definen a esta población, destaca la incapacidad para abstenerse y reflexionar antes de adoptar una conducta o llevar a cabo un

acto en concreto. Se trata de una población en la que prima la impulsividad. Además, también son personas con un locus de control externo, lo que significa que el recluso no se siente capacitado para cambiar o controlar su situación, bajo el pensamiento de que todo lo que ocurre no depende de él, sino de factores externos(69).

Por otra parte, también poseen un alto grado de egocentrismo, que en muchas ocasiones les impide mantener relaciones cercanas con el resto de sus compañeros. Y otra característica psicológica que se puede encontrar en esta población es la agresividad, tanto a nivel verbal como físico, y puede ir dirigida hacia sí mismo o hacia el resto, como consecuencia del miedo hacia la propia institución y hacia sus compañeros, así como de la tensión que surge a raíz de esa sensación de falta de control sobre el ambiente. Son personas carentes de confianza y poseedoras de “*expectativas mal ajustadas*”, dado que no tienen conocimiento acerca de lo que pasará o lo que encontrarán una vez terminen su condena, lo cual provoca que ellos mismos se creen sus propias expectativas(69).

Asimismo, tras el ingreso en prisión, las mujeres portan consigo el sentimiento de malestar, de desasosiego por la responsabilidad que posee con su familia, la posible pérdida del hogar, la incertidumbre por el mantenimiento de las relaciones, responsabilidad con sus hijos y padres, o las posibles consecuencias que su situación puede provocar en la familia, además de culpabilidad por dicha situación. Por otro lado, tienen que soportar discriminación por ser mujeres, por ser presas y por ser extranjeras, en el caso de que lo sean(60).

El aumento de la población reclusa extranjera junto al incremento de reclusos con problemas de salud mental, requiere de una nueva formación por parte de los enfermeros, nuevos conocimientos y habilidades que les permita actuar y ofrecer asistencia de acuerdo a las diferentes y nuevas situaciones(60).

A través de un estudio realizado en el año 2011, se identificaron las causas principales de mortalidad en el ámbito penitenciario, destacando con un 19,5% aquellas provocadas por enfermedades cardiovasculares, seguidas de las de origen digestivo con un porcentaje de 10,7%, después las de origen respiratorio con un 7,4% y por último las tumorales con un 6,7% de prevalencia. Esto lleva a replantearse que las principales causas de mortalidad han sufrido un cambio en los últimos años, pues antes eran las enfermedades infectocontagiosas las causantes de la mayoría de los fallecimientos(67).

En ese mismo estudio, se expusieron los principales factores de riesgo que se pueden encontrar en la población reclusa, identificando el tabaquismo como el más común, existiendo una clara diferencia entre los fumadores habituales del resto de población, cuyo predominio es del 30% al 33%, frente a la prevalencia dentro del ámbito penitenciario, que es de 70,4%. Otro factor de riesgo es la obesidad y el sobrepeso, que se puede encontrar en el 51,9% de los reclusos(67).

Como ya se ha mencionado, el hecho de que en el medio penitenciario se encuentre un gran número de reclusos adictos a drogas, haciendo referencia al consumo de cocaína, duplica el riesgo de padecer hipertensión arterial, según se expone en el estudio(67).

A su vez, existe otra serie de condicionantes que poseen influencia en el estado de salud del recluso, como lo es, por ejemplo, la privación de libertad, que implica un cambio importante en la vida de cada preso. Al ingresar en el centro penitenciario, el individuo no solo pierde valores como la privacidad, e incluso sufre una desvinculación con su círculo familiar y social habitual, sino que la estigmatización y la propia autoestigmatización de la delincuencia influyen de manera negativa sobre su autoestima y estado emocional, pudiendo derivar en estados depresivos, crisis de ansiedad, etc.(60).

Entre diferentes países e incluso continentes, como por ejemplo el europeo y el americano, no existe diferencia alguna con respecto a los factores de riesgo y condicionantes de salud que posee esta población(67).

Con respecto a las características socioeconómicas, la gran carencia económica existente entre la población reclusa, es mucho superior a la del resto de población, debiéndose principalmente al aumento en el porcentaje de los reclusos inmigrantes(62).

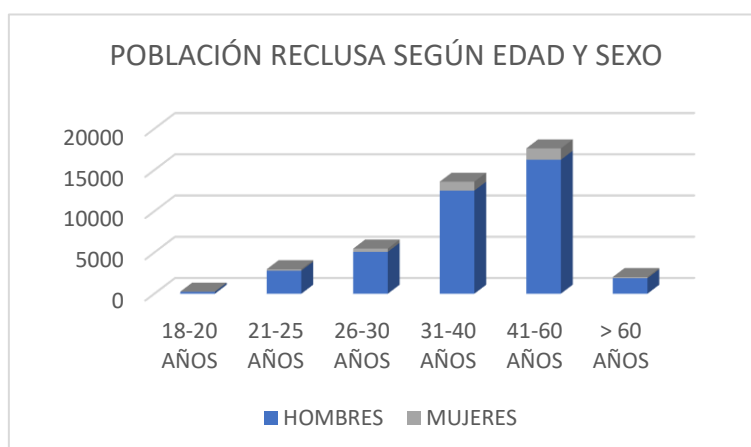
Y haciendo alusión al perfil sociodemográfico resalta que, pese a que en los centros penitenciarios prima la población joven, pues un 70% de la cual tiene una edad inferior a los 40 años, se ha producido a lo largo de los años un incremento considerable en la edad media de los reclusos, dando lugar a una población cada vez más envejecida y, a su vez, una prevalencia cada vez mayor de enfermedades crónicas. La mayor parte de dicha población joven, posee un nivel cultural bajo, lo que implica que su primer contacto con el ámbito sanitario se de durante su ingreso en prisión(2,67,70).

En España se han llevado a cabo diferentes estudios, mediante los cuales se ha contemplado que más de la mitad de los reclusos no ha finalizado sus estudios primarios y la tasa de alfabetización entre ellos es de un 9%. Y, dados los escasos recursos económicos con los que cuentan, tal y como ya se ha mencionado, su nivel educativo en la edad adulta es elemental o primario(68).

En referencia al número de internos aproximado de régimen ordinario a nivel nacional, a fecha de mayo de 2019, se observa que actualmente se encuentran cumpliendo condena 59.341 reclusos. De esa cifra, 54.799 corresponde a varones y 4.542 a mujeres(71).

Dadas las diferentes características que definen a los internos, existe una demanda asistencial sanitaria en los centros penitenciarios entre tres y ocho veces mayor a la existente fuera de prisión(68).

En la figura nº 2, se analiza el número de presos que se encuentran cumpliendo condena a fecha de marzo de 2019, en función de la edad y el sexo, contemplándose que entre las edades de 41 y 60 años se encuentra el mayor número de reclusos, seguido del rango de edad entre los 31 y 40 años. Y, el menor número de reclusos se encuentra entre los 18 y 20 años. Además, se observa que existen más reclusos varones que mujeres, independientemente del rango de edad(72).



Fuente: Elaboración propia.

6. REFLEXIONES

Haciendo alusión al objetivo principal de esta monografía, a pesar de la evolución que ha sufrido la enfermería penitenciaria a lo largo de los años, mantiene vigente su papel secundario en el medio de salud, poseyendo cierto grado de desconocimiento incluso para el resto de sanitarios de su misma profesión.

Además, sus funciones se encuentran reguladas por una ley que no las ha modificado desde su aprobación, manteniendo íntegras unas funciones que se hallan alejadas de la realidad asistencial. Por esa razón, requieren de una revisión y una actualización que las acerque más al verdadero trabajo que realizan los profesionales de enfermería dentro de los centros penitenciarios, basándose en los cuatro marcos de actuación que anteriormente se han comentado.

En base a todo esto, nace la urgente necesidad de aumentar su visibilidad, por ejemplo, incluyéndola dentro de los estudios universitarios o creando estudios postgrados con un aprendizaje específico en esta área. Puesto que, actualmente, únicamente Barcelona cuenta con máster que prepare y especialice a los enfermeros en este ámbito, más allá de la formación que reciben tras la fase de oposición los profesionales de enfermería que quieran optar a una plaza dentro de las instituciones penitenciarias; formación que junto con el periodo de prácticas tiene una duración menor de seis meses. Y, frente a ello, destaca la necesidad de una formación continuada, dadas las características que definen a la población reclusa. Lo que también supone una mayor implicación por parte de todos los profesionales en actividades de Educación para la Salud, hacia una población que, como ya se ha mencionado, hasta su entrada en prisión nunca ha tenido contacto con el medio sanitario. Sin embargo, dentro de muchas instituciones penitenciarias, existe una ausencia de programas y recursos que permitan la realización de esta EpS.

En la actualidad, los estudios universitarios de grado en enfermería, preparan a los estudiantes para ser enfermeros generalistas, sin ofrecer formación o conocimiento alguno relacionado con la enfermería que se ejerce dentro de las prisiones. De ahí la falta de esa preparación y de las competencias que se requieren para realizar una labor adecuada a este ámbito. Así como también destaca el déficit de aprendizaje en habilidades sociales que faciliten la interacción con este tipo de pacientes y los escasos conocimientos acerca de la normativa y la legislación penitenciaria.

Por otra parte, dentro de las prisiones, la enfermera se encuentra sometida a una gran carga asistencial, que en muchas ocasiones supera a la que realizan sus compañeras que trabajan en centros extrapenitenciarios, debido a que realizan muchas tareas propias de otros profesionales. Así como despunta la ausencia de un equipo multidisciplinar, pese a la existencia dentro del centro penitenciario de cada una de las figuras que lo conforman, pues cada uno de ellos realiza su labor de manera independiente, lo que imposibilita que se realice una atención integral a cada uno de los reclusos.

Y para concluir, también cabe mencionar los años que han pasado desde que se propuso la integración de la sanidad penitenciaria en el sistema nacional de salud, y la escasa respuesta que ha tenido desde entonces. A pesar de los numerosos beneficios que aportaría, la mayoría de las comunidades autónomas no se han replanteado la realización de esta transferencia de competencias.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Coll A. El fenomen de la infermeria penitenciària: Una proposta formativa. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universitat Ramon Llull; 2014.
2. Carrasco H. Enfermería penitenciaria: marco legal y realidad asistencial. Rev Esp Sanid Penit. 2017;19(1):3–13.
3. DICEN: Diario Independiente de Contenido Enfermero [Internet]. Valencia: DICEN; c2019 [citado 11 mar 2019]. Enfermería penitenciaria: de puertas adentro de la prisión [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/enfermeria-penitenciaria-de-puertas-adentro-en-una-prision-DDIMPORT-055499/>
4. Portalhiades: Portal de Historia de la Enfermería Española e Iberoamericana [Internet]. Sevilla: Portalhiades; c2009 [citado 11 mar 2019]. Causa de beatificación y canonización de Benardino de Obregón. Un enfermero reformador del siglo XVI [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://www.portalhiades.com/A_PHS/Otros%20enlaces/F_CANONIZACION/CANONIZACION.html
5. Portalhiades: Portal de Historia de la Enfermería Española e Iberoamericana [Internet]. Sevilla: Portalhiades; c2009 [citado 11 mar 2019]. Biografía. Momentos de la vida de Benardino de Obregón [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: http://www.portalhiades.com/A_PHS/Otros%20enlaces/F_CANONIZACION/01%20BIOGRAFIA/BIOGRAFIA.html
6. El tipómetro 2.0 [Internet]. Sevilla: El tipómetro; c2019 [citado 8 abr 2019]. Los enfermeros obregonos, unos adelantados a su tiempo [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://eltipometro.es/los-enfermeros-obregonos-unos-adelantados-a-su-tiempo/>
7. DBE: Diccionario Biográfico Español [Internet]. Madrid: Real Academia de la Historia; c2018 [citado 8 abr 2019]. Benardino Gómez Obregón [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <https://dbe.rah.es/biografias/7144/bernardino-gomez-de-obregon>
8. Martínez AC, Martínez MJ. Andrés fernández, un enfermero onubense. Su papel en la reforma de la enfermería hospitalaria española del siglo XVII. Huelva en su Hist [Internet]. 1997 [citado 11 mar 2019];6:87–104. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/3020/b15140519.pdf?sequence=1>
9. Fernández A. Instruccion de enfermeros para aplicar los remedios a todo genero de enfermedad y acudir a muchos accidentes que sobrevienen en ausencia de los médicos. [Internet]. Madrid: Imprenta Real; 1625 [citado 22 mar 2019]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=0gC2s9Xz9mwC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
10. Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Realidad laboral y profesional de la enfermería en las prisiones españolas [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria; 2008 [citado 22 mar 2019]. Disponible en: <https://www.sesp.es/imagenes/O94/portada/librorealpri.pdf>
11. Martín V. Sanidad Penitenciaria tras la Ley Orgánica General Penitenciaria. Presente y futuro treinta y cinco años después. En: Ponencias y comunicaciones del X Congreso Nacional y XVIII Jornadas de la SESP. Barcelona: Universidad de León; 2014. p. 50-53.
12. Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. (Boletín Oficial del

- Estado, N° 239, 5 de Octubre de 1979). Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/legislacion/Ley_Orgnica_General_Penitenciaria_texto_consolidado.pdf
13. SESP: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria; c2011 [citado 22 mar 2019]. Nuestro trabajo. La Sanidad Penitenciaria, esa gran desconocida [aprox. 11 pantallas]. Disponible en: <https://www.sesp.es/sesp/T95/portada/inicio>
 14. Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, n° 128, 29 de Mayo de 2003). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
 15. SESP: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria; c2011 [citado 22 mar 2019]. Enfermería. Grupos de Trabajo [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.sesp.es/sesp/R385/portada/inicio>
 16. Pilar M, Peña A, Maria J, Conde D. Calidad Asistencial en Sanidad Penitenciaria en España. [Internet]. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias; 2010 [citado 8 abr 2019]. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/bEpidemiologicos/SACACORDINACIONDESANIDAD9-4-10.pdf>
 17. García JJ. Realidad laboral y profesional de la enfermería en las prisiones españolas, Edición del Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Enfermería Glob [Internet]. 2009 [citado 8 abr 2019];(16). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200023
 18. Valls R. Diseño de programas para la formación ética de los profesionales de enfermería. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 1993.
 19. Barrios LF. La enfermería y la reforma psiquiátrico-penitenciaria. Rev Enfermería y Humanidades Cult los Cuid. 2002;(12):23–32.
 20. RESP: Revista Española de Sanidad Penitenciaria [Internet]. Zaragoza: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, c2007 [actualizada el año 2019; citado 19 abr 2019]. Historia de la revista [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/about/history>
 21. Arroyo J, Astier P. Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación. Rev Esp Sanid Penit. 2003;5(2):60–76.
 22. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, n° 102, 29 de Abril de 1986). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
 23. Arroyo J. Integración de la sanidad penitenciaria: un reto decididamente asumido por algunos. Rev Esp Sanid Penit. 2011;13(2):69–71.
 24. Smith R. The State of the Prisons. Br Med J. 1984;288:554–6.
 25. Bop.gov, Federal Bureau Of Prisons [Internet]. Washington DC: BOP [actualizada el año 2019; citado 8 abr 2019]. Disponible en: <https://www.bop.gov/>
 26. GTt-VIH: Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH [Internet]. Barcelona: gTt. [actualizada el año 2019; citado 8 abr 2019]. Sanidad Penitenciaria: una asignatura

- pendiente [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: http://gtt-vih.org/actualizate/lo_mas_positivo/LMP_28_sanidad_penitenciaria
27. Saiz P, Viciano P, Antón J, Arroyo JM, Calvo R, Castro JM, et al. Informe CAPRI sobre la calidad de la asistencia sanitaria en centros penitenciarios españoles. Rev Esp Sanid Penit. 2003;5(2):38–48.
 28. Con Salud [Internet]. Madrid: Grupo Mediforum; c2018 [actualizada el año 2019; citado 8 abr 2019]. La precariedad azota a la sanidad de las prisiones [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: https://www.consalud.es/politica/la-precari-idad-azota-a-la-sanidad-de-las-prisiones_55980_102.html
 29. Redacción médica [Internet]. Madrid: Dos mil Sanitaria, c2004 [actualizada el año 2019; citado 8 abr 2019]. El PSOE propone integrar en el SNS la sanidad penitenciaria [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/el-psyoe-propone-integrar-en-el-sns-la-sanidad-penitenciaria-4397>
 30. Con Salud [Internet]. Madrid: Grupo Mediforum; c2018 [citado 8 abr 2019]. El dilema sobre la sanidad penitenciaria: ¿quién debe pagar los gastos sanitarios? [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.sesp.es/seps/R20/portada/inicio>
 31. SESP: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria; c2011 [citado 8 abr 2019]. Conoce la SESP. Propuesta de integración [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <https://www.sesp.es/seps/R20/portada/inicio>
 32. Junta Directiva de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Integración de la sanidad penitenciaria: Un reto que todos debemos asumir. Rev Esp Sanid Penit. 2011;13(2):67–8.
 33. Junta Directiva de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Carta de la SESP. Madrid; 2019. p. 1–3.
 34. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; c2015 [actualizada el año 2019; citado 9 may 2019]. La administración penitenciaria. Normativa penitenciaria [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/administracionPenitenciaria/normativa.html>
 35. Constitución Española. (Boletín Oficial del Estado, nº 311, 29 Diciembre 1978). Disponible en: <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>
 36. Serrano MD. Derecho a la salud de los internos en Centros Penitenciarios y Sanidad Penitenciaria (II). Rev Derecho UNED. 2010;(6):413–46.
 37. Arribas E. A review of the regulatory and functional aspects of prison health care and nursing staff. Rev Esp Sanid Penit. 2015;17(3):82–8.
 38. Real Decreto 419/2011, de 25 de marzo, por el que se modifica el Reglamento Penitenciario, aprobado por el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero. (Boletín Oficial del Estado, nº 73, 26 de Marzo de 2011). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2011/03/26/pdfs/BOE-A-2011-5463.pdf>
 39. Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. (Boletín Oficial del Estado, nº 149, 23 de Junio de 1981). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1981/06/23/pdfs/A14357-14360.pdf>
 40. Enrique J, Remartínez V. Funciones de la enfermería penitenciaria y realidad asistencial.

En: Grupo de enfermería en las XIII jornadas de la SESP. Cáceres; 2009. p. 1-10.

41. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. (Boletín Oficial del Estado, nº 40, 15 de Febrero de 1996). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-3307-consolidado.pdf>
42. Con Salud [Internet]. Madrid: Grupo Mediforum; c2018 [actualizada el año 2019; citado 12 may 2019]. Las CC.AA. toman las riendas del traspaso de la sanidad penitenciaria [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: https://www.consalud.es/politica/las-cc-aa-toman-las-riendas-del-traspaso-de-la-sanidad-penitenciaria_61280_102.html
43. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; c2015 [actualizada el año 2019; citado 12 may 2019]. La administración penitenciaria. Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias. Formas de acceso [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/administracionPenitenciaria/recursosHumanos/ats.html?s=1>
44. Ministerio del Interior [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior, c2013 [actualizada el año 2019; citado 21 may 2019]. Servicios al ciudadano. Temario [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: http://www.interior.gob.es/web/servicios-al-ciudadano/oposiciones/cuerpos-de-instituciones-penitenciarias/cuerpo-de-enfermeros-de-instituciones-penitenciarias/temario?p_p_id=101_INSTANCE_lprzHzvsA9km&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1&_101_INSTANCE_lprzHzvsA9km_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview
45. Master Distancia [Internet]. Zaragoza: Master Distancia [citado 21 may 2019]. Oposiciones enfermería de prisiones [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.masterd.es/oposiciones-enfermeria-instituciones-penitenciarias>
46. Academia de Prisiones [Internet]. Madrid: Academia de Prisiones [citado 21 may 2019]. Requisitos para ser enfermero de prisiones [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <https://academiadepresiones.es/enfermeria-de-prisiones/requisitos-para-ser-enfermero-de-prisiones/>
47. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; c2015 [actualizada el año 2019; citado 22 may 2019]. La administración penitenciaria. Procesos selectivos [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/administracionPenitenciaria/recursosHumanos/procesosSelectivos.html>
48. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; c2015 [actualizada el año 2019; citado 22 may 2019]. La administración penitenciaria. Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias. Últimas convocatorias [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/administracionPenitenciaria/recursosHumanos/ats.html?s=2>
49. Resolución de 22 de noviembre de 2016, de la Subsecretaría, por la que se convocan pruebas selectivas para ingreso, por el sistema general de acceso libre, en el Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias. (Boletín Oficial del Estado, nº 3, 4 de Enero de 2017). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2017/01/04/pdfs/BOE-A-2017-126.pdf>

50. Real Decreto 196/2015, de 22 de marzo, por el que se aprueba la oferta de empleo público para el año 2015. (Boletín Oficial del Estado, nº 70, 23 de Marzo de 2015). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/03/23/pdfs/BOE-A-2015-3035.pdf>
51. Orden INT/468/2014, de 17 de marzo, por la que se convoca proceso selectivo para la selección y nombramiento de personal funcionario interino del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria y del Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias. (Boletín Oficial del Estado, nº 73, 25 de Marzo de 2014). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2014/03/25/pdfs/BOE-A-2014-3202.pdf>
52. Orden INT/1554/2011, de 10 de mayo, por la que se convoca proceso selectivo de ingreso, por el sistema general de acceso libre, al Cuerpo de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Instituciones Penitenciarias. (Boletín Oficial del Estado, nº 137, 9 de Junio de 2011). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2011/06/09/pdfs/BOE-A-2011-10009.pdf>
53. Orden INT/1659/2010, de 9 de junio, por la que se convocan pruebas selectivas para ingreso, por el sistema general de acceso libre, en el Cuerpo de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Instituciones Penitenciarias. (Boletín Oficial del Estado, nº 151, 22 de Junio de 2010). Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/BOE._ATS.pdf
54. Orden INT/1339/2009, de 6 de mayo, por la que se convocan pruebas selectivas para ingreso, por el sistema general de acceso libre, en el Cuerpo de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Instituciones Penitenciarias. (Boletín Oficial del Estado, nº 129, 28 de Mayo de 2009). Disponible en: <http://www.enfermeriazamora.com/articulopdf/boe/28052009.pdf>
55. Orden INT/1409/2008, de 29 de Abril, por la que se convocan pruebas selectivas para ingreso, por el sistema general de acceso libre, en el Cuerpo de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Instituciones Penitenciarias. (Boletín Oficial del Estado, nº 125, 23 de Mayo 2008). Disponible en: <http://www.enfermeriasalamanca.com/boe/23052008.pdf>
56. Grupo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Realidad laboral y profesional de la enfermería en las prisiones (opinión de los profesionales). [Internet]. Barcelona; 2008 [citado 23 may 2019]. Disponible en: <https://www.sesp.es/imagenes/R385/portada/realidadlaboralyprofesional.pdf>
57. Health Careers [Internet]. Inglaterra: Health Education England; c2015 [citado 23 may 2019]. Personal characteristics and skills required (prison nursing) [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/nursing/roles-nursing/prison-nurse/personal-characteristics-and-skills-required-prison-nursing>
58. Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (GESESP). Enfermería en prisiones. Rev Esp Sanid Penit. 2007;9(3):65–6.
59. Secretaría General de Instituciones Españolas. Plan De Mejora De La Atención de Enfermería en IIPP. Madrid: Ministerio del Interior, Subdirección general de coordinación de Sanidad Penitenciaria; 2013.
60. Sánchez M, Coll A. La enfermería penitenciaria y su formación. Rev Esp Sanid Penit. 2016;18(3):110–9.

61. SESP: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria; c2011 [citado 23 may 2019]. Grupos de Trabajo. Enfermedades Infecciosas [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.sesp.es/sesp/Q393/portada/inicio>
62. Avendaño I. El papel de la Enfermería Penitenciaria. Presente y futuro. Rev Esp Sanid Penit. 2006;8(3):112–5.
63. Ministerio de Sanidad y Consumo. Formación en Promoción y Educación para la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo Interterritorial del SNS; 2003.
64. Cibanal L. El papel del enfermero/a en el medio penitenciario como agente de salud. Rev Esp Sanid Penit. 2000;2(1):14–22.
65. Ferrer V. Talleres de Educación para la Salud. Rev Esp Sanid Penit. 2004;6(1):15–9.
66. SESP: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria; c2011 [citado 23 may 2019]. Actividades. Educación para la salud [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.sesp.es/sesp/N2/portada/inicio>
67. Vera E, Borraz J, Domínguez J, Mora L, Casado S, González J, et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. Rev Esp Sanid Penit. 2014;16(2):38–47.
68. Maestre C, Zabala C, García J, Antolín J. Educación para la salud en los problemas prevalentes del medio penitenciario, proyecto en Ocaña-I (España). Rev Esp Sanid Penit. 2016;18(3):86–94.
69. Mellado C. Características psicológicas generales de la población penitenciaria. En: Jornadas de Derecho Penitenciario de la Universidad Pública de Navarra. Navarra: Universidad Pública de Navarra; 2006.
70. Martínez M. Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario. Rev Esp Sanid Penit. 2014;16(1):11–9.
71. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; c2015 [actualizada el año 2019; citado 23 may 2019]. Fondo documental. Estadística Penitenciaria. Distribución de la población reclusa por sexo [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/estadisticas.html?r=s&asem=2019&msem=5&dsem=6&ts=GENE>
72. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; c2015 [actualizada el año 2019; citado 23 may 2019]. Fondo documental. Estadística Penitenciaria. Población reclusa penada por grupos de edad, según sexo [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/estadisticas.html?r=m&adm=AES&am=2019&mm=3&tm=EDAD&tm2=EDAD>